

予防接種費助成金交付申請書（おとな任意接種 帯状疱疹）

下野市長 様 申請者 住所： _____ 氏名： _____ 電話： _____（ _____ ） 被接種者との続柄：（ _____ ）	令和 年 月 日	
※申請者は被接種者と同一となります。		
フリガナ		生年月日
被接種者氏名		大正・昭和 年 月 日 （ 歳）
受診理由	1 被接種者が、本市以外に一時滞在しており、本市での接種が困難なため 2 被接種者が、病気治療等により、委託契約以外の医療機関等に入院若しくは通院しているため 3 その他（ _____ ）	
一時滞在地	〒 _____ 電話： _____ - _____	

私は、次の者に助成金の受領に関する権限を委任します。

振込口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
			普通		

- ① 太線内を記入の上、二重線内は接種した医療機関で証明を受けてください。
 ② 接種時の「予診票の写し」を必ず添付してください。
 ※ 接種日から1年以内に提出してください（1年を過ぎたものは助成対象外となります）。
 ※ 受託医療機関以外の医療機関で接種する場合は、原則、事前申請が必要です。事前申請をせずに
 行った任意予防接種により生じた健康被害については、下野市予防接種事故災害補償規程第3条
 に定める補償の対象とする予防接種となりませんので、ご注意ください。

接種済票（医療機関で記入してください。）

接種項目	※該当箇所を○で囲んでください 帯状疱疹 生ワクチン	接種日
		令和 年 月 日
	帯状疱疹 不活化ワクチン （ 1回目 ・ 2回目 ）	接種料金
		_____ 円
上記のことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 名称 医師名		